

QUALIDADE DE VIDA DE PORTADORES DE DISRITMIA CARDÍACA SUBMETIDOS À TRATAMENTO CIRÚRGICO

TERESINHA AUAD DE CARVALHO, EDUARDO SOSA, MIGUEL BARBERO MARCIAL, MAURÍCIO SCANAVACCA, DILCEA BONETTI, GIOVANNI BELLOTTI, FULVIO PILEGGI

Foram estudados dentre 37 doentes submetidos a tratamento cirúrgico de taquicardia ventricular, 17 residentes na região metropolitana de São Paulo. Procurou-se caracterizar a extensão dos benefícios obtidos nas cirurgias a nível individual, familiar e social.

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (70%); 70% eram casados, 65% tinham idade superior a 50 anos; 76% previdenciários, 70% com escolaridade primária e, portanto, de baixa renda familiar (1,6 salários mínimos per capita). A nível individual, 65%

foram portadores de insuficiência coronária crônica, sendo que a ampla maioria—16 pacientes—declararam sentir-se bem e seguros com o tratamento. Apesar disso, 65% foram aposentados por invalidez, passando a trabalhar no setor informal, retornando os restantes à antiga atividade. Assim, 60% continuam contribuindo diretamente para o orçamento familiar. A maioria dos enfermos, portanto, encontrava-se com relacionamento familiar e social satisfatório.

Arq. Bras. Cardiol. 53/3: 147-150—Setembro 1989

Os recursos atualmente empregados no tratamento de portadores de disritmias ventriculares malignas ampliaram as possibilidades terapêuticas e a perspectiva de recuperação desses pacientes¹⁻³. Tais recursos incluem técnicas eletrofisiológicas associadas a cateterismo cardíaco e a intervenções cirúrgicas sobre o coração. Portanto demandam recursos altamente especializados e dispendiosos.

Nesse contexto, realizamos o presente estudo para avaliar as condições socio-econômicas dos portadores de disritmias ventriculares malignas submetidos a tratamento cirúrgico e as repercussões familiares e sociais da ação terapêutica.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período de 1977 a 1986, 52 doentes foram submetidos a tratamento cirúrgico de taquicardia ventricular. As idades variaram de 20 a 80 anos, e predominaram enfermos de idades entre 40 - 50 (27%) e 50 - 60 (32,7%) anos; 63,5% eram do sexo masculino e 36,5% do sexo feminino.

A maioria dos 37 pacientes que continuam em tratamento (64,9%) reside na Capital e na Grande São Paulo. Estes pacientes foram selecionados para o estudo. Sete não atenderam à convocação, ficando assim a amostra ou o universo específico constituído por

17 pacientes (46%); 4 deles residem na Grande São Paulo e 13 na Capital.

Dos 17 pacientes pesquisados, 70,5% são do sexo masculino, 29,5% do sexo feminino; a maioria deles casados e com filhos; 6% dos pacientes têm vinculação previdenciária. O nível de instrução concentra-se no primeiro grau (70,5%), o analfabetismo e o curso superior apresentam-se para a minoria de pacientes (2).

A renda familiar correspondente às pessoas residentes no domicílio, demonstra que se trata de população com dificuldade de contar com nível econômico acima da necessidade de sobrevivência. A renda per capita da população foi de Cz\$ 2.171,63, ou seja, 1,6 salários mínimos para sua subsistência e manutenção.

Quanto à procedência, 11,5% dos pacientes residiam em outros Estados do país, 17,5% no interior de São Paulo e 71% na Capital e Grande São Paulo. A concentração de atendimento, em termos geográficos, apontou para locais mais próximos ao hospital: 59,5% na Capital e 11,5% na Grande São Paulo.

Ocorreram 15 óbitos, do total de 52 enfermos. A idade dos doentes que faleceram situam-se entre 40 e 60 anos.

Os pesquisados foram convocados por telegrama ou telefone com dia e hora estabelecidos para a entrevista. Elaborou-se um roteiro das entrevistas, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Estas se desenvolveram individualmente, possibilitando aos pesquisa-

dos discorrerem livremente sobre os aspectos considerados relevantes. As informações obtidas junto aos entrevistados e as coletadas dos prontuários foram traduzidas em tabelas, para melhor visualização a elaboração do relatório final.

RESULTADOS

A análise foi conduzida nos níveis individual e familiar. As variáveis analisadas no nível individual foram: diagnóstico, sintomas pré e pós-operatórios e condições físicas para o trabalho. No nível familiar e social foram estudados: contribuição no orçamento familiar, lazer, relacionamentos interpessoais e atividade sexual. Isto porque o indivíduo é melhor entendido em relação à família e à sociedade⁴.

A) Nível individual—Foram verificados os diagnósticos de cada paciente entrevistado com a data do início do tratamento. Tais diagnósticos foram a seguir, agrupados por cardiopatias.

A fim de objetivar a eficácia das cirurgias realizadas, buscou-se a nível comparativo, elucidar junto aos pesquisados os sintomas apresentados antes e após o tratamento cirúrgico.

Quando interrogados, 16 pacientes afirmaram que sentiam-se bem e estavam seguros com o tratamento. Um paciente referiu insegurança devida à necessidade do uso regular de medicação e outros dois apresentavam limitação física aos esforços.

As modificações positivas ocorridas no bem estar físico dos indivíduos operados permitiu a sua inserção no mercado de trabalho. Duas pessoas voltaram a trabalhar, ocupando a mesma posição de antes: engenheiro (47 anos) e babá (39 anos). Outros quatro, não filiados à previdência social, também não alteraram o que faziam anteriormente: fazendeiro (80 anos), estudante (20 anos) e duas pessoas do lar (41 e 73 anos). Dez outros foram aposentados por invalidez e um encontra-se desempregado.

Os pacientes aposentados por invalidez continuam a trabalhar no setor informal, desenvolvendo atividades de acordo com as suas habilidades pessoais, sendo que dois deles dividem os afazeres domésticos com suas companheiras, enquanto aguardam emprego.

B) Níveis Familiar e Social—Os pacientes operados contribuem para o orçamento familiar de forma direta, isto é, exercendo atividades remuneradas; e de forma indireta quando desenvolvem trabalhos no próprio lar, liberando as outras pessoas da família para o mercado de trabalho.

Com relação à variável lazer, esta foi colocada neste nível por se entender que é considerada uma das formas de comunicação, de sociabilização, além de repor energias para o enfrentamento da vida como um todo. Para desenvolver atividades de lazer é necessário disposição física, psicológica e de contato com outras pessoas, funcionando como maneira de conservar e criar novos amigos concluindo que os pacientes possuem energia para o lazer.

Quanto à variável relacionamento com familiares e amigos, a pesquisa detectou que devido a outros fatores positivos que estão ocorrendo na vida dos pacientes, como seu estado de saúde, disposição para o lazer e trabalho, acontece de maneira gratificante e solidária.

Observou-se que as atividades sexuais das pessoas que têm companheiros desenvolvem-se satisfatoriamente, de acordo com o ritmo de vida dos casais, após a cirurgia.

DISCUSSÃO

Foram observados os benefícios proporcionados pelas cirurgias nos portadores de taquicardias ventriculares, nos níveis individual, familiar e social.

Verificou-se predominância de pacientes do sexo masculino, particularmente com mais de 60 anos (66%).

O nível de escolaridade dos pacientes encontra-se no primeiro grau (70,5%); o analfabetismo e o curso superior atingem a minoria dos pesquisados. Na amostra, a escolaridade está relacionada aos aspectos profissionais ou de ocupação e produção dos pacientes, que por sua vez definem a sua situação financeira. A renda familiar correspondente às pessoas residentes no domicílio (tomando-se por base o salário mínimo), evidenciou uma população com dificuldade de contar com nível financeiro acima da sobrevivência, uma vez que a renda per capita mensal se encontra em torno de 1,6 salário mínimo.

Analisemos os resultados conforme os níveis analisados.

Nível Individual—Os pacientes pesquisados foram classificados segundo os diagnósticos médicos em: insuficiência coronária crônica (64,7%), miocardiopatia chagásica crônica (29,5%) e displasia ventricular direita arritmogênica (5,8%).

Notou-se uma melhora significativa no estado de saúde dos pesquisados que antes da cirurgia apresentavam sintomas tais como: síncope, pré-síncope, palpitações, angina. Após a cirurgia sentiram-se bem e seguros com o tratamento (94,1%) e apenas 12,5% alegaram sentir alguma limitação física aos esforços. Os 5,9% restantes sentem alguma insegurança quanto aos riscos provenientes da própria doença.

As significativas modificações no bem estar físico dos sujeitos operados trouxeram alterações nos demais setores de sua vida. Devido à relação dialética existente e necessária entre o físico, o psicológico e o social, os pacientes pesquisados só podem ser entendidos na sua globalidade. Assim, sentindo-se seguros, independentes, com novas energias, passaram a desenvolver atividades, seja no plano de trabalho rentável, seja nas demais esferas de sua vida.

Na avaliação das modificações ocorridas quanto a capacidade de trabalho, os pesquisados que durante o período anterior à operação não podiam mais trabalhar voltaram a desempenhar atividades, uns na mesma ocupação, outros noutras. Vale ressaltar que a so-

cidade marginaliza, estigmatiza pessoas portadoras de moléstias cardíacas, mormente quando não qualificadas profissionalmente, segundo declarações dos próprios entrevistados. A pesquisa mostrou que 76,9% dos filiados à previdência social foram aposentados por invalidez, embora sintam disposição para o trabalho. Três pessoas com filiação previdenciária não foram aposentadas; duas qualificadas profissionalmente retornaram à mesma ocupação anterior: o engenheiro e a babá. O outro, pedreiro, está a procura de emprego e, enquanto aguarda, cuida dos afazeres domésticos.

Na verdade, os pacientes operados continuam a trabalhar, inclusive os aposentados por invalidez. Estes últimos estão inseridos no setor informal, realizando trabalhos esporádicos os mais diversos, de acordo com suas aptidões e oportunidades. Um deles, bastante criativo, antes funcionário da CMTC, hoje cria pássaros para vender, e o mais jovem, aposentado por invalidez (34 anos), não conseguindo ainda exercer atividade lucrativa, trocou de papel com a companheira. Ela foi trabalhar como operária e ele, antes operário metalúrgico, passou a executar as atividades domésticas.

Nível Familiar e Social—O ambiente em pequena escala das relações sociais que ocorre no nível familiar foi beneficiado pelo estado de saúde dos pacientes. Sentindo-se independentes para se locomover e trabalhar deixam de ser um “peso morto” na estrutura familiar. Contribuem para o sustento da casa e a entrada do dinheiro ganho com o próprio trabalho fortalece psicológica e socialmente os pacientes que voltaram a ocupar o papel social atribuído pela sociedade. A família na sociedade de hoje, exige, por força das condições sócio-econômicas, o cumprimento deste papel.

Outro fator significativo e relacionado aos aspectos acima referidos, consiste na recuperação de suas atividades sexuais. Os pacientes sentem-se satisfeitos nos seus relacionamentos sexuais, amortecidos no período pré-operatório.

Sentem disposição para o lazer e exercitam esse direito. Tal atividade, além de prazerosa, permite-lhes estabelecer relacionamentos mais estreitos com amigos e familiares, bem como criar novas amizades. O fator companheirismo e a solidariedade existente entre familiares e amigos foram apontados na pesquisa por todos os entrevistados.

Partindo da realidade que o indivíduo não vive isoladamente, o mesmo se aplica à família que se relaciona em vários níveis com outros grupos, desenvolvendo novas relações na sociedade, nela interferindo. Por outro lado, a família encontra-se em relação direta e dialética com a sociedade, sofrendo dela influências fundamentais. Dessa forma, a natureza dos indivíduos não pode ser compreendida sem íntima referência à realidade social.

Isto posto, pode-se dizer que as formas de inserção no mercado de trabalho interferem imediatamente na sociedade, mas também são por ela determinadas. Constatou-se que 76,9% dos pacientes aposentados

por invalidez encontram-se inseridos no setor informal. Tal fato concorre para que se levante, à primeira vista, a hipótese de que estas pessoas burlam a legislação social, ocupando lugar de outros trabalhadores. Pode-se afirmar o contrário. Na verdade, a própria sociedade gera este estado de coisas, seja pelo baixo valor da aposentadoria, seja pelos estigmas que impinge aos cardíacos com relação à sua capacidade produtiva. E ainda, a própria lógica do capital comporta este tipo de trabalhadores do “informal”, assimilando-os no sistema. Estes são demandados para serviços de conserto de eletricidade, de encanamentos, carpintarias e muitos outros, vivendo de franjas do capitalismo e sendo por ele requisitados, haja vista o número de trabalhadores que se encontram nesta situação⁵.

SUMMARY

The handling of patients with malign ventricular arrhythmia, since 1979, can count on intracardiac electrophysiological studies, cardiac mapping and unconventional cardiac surgery. Such service, which requires the use of sophisticated equipment and specialized professionals, is being provided to patients from all over the country and from all social strata.

The Hospital, which maintains the costly, infrastructure required to provide such service, is interested in knowing the reach of the therapeutic action, going beyond the mere knowledge of the success in the immediate treatment. In order to situate the patient as well as his family and social relations, a Social Service professional has been appointed, and same, from a group of 37 patients under treatment (there were 15 deaths), has selected for the survey 17 residents in the metropolitan region of São Paulo, because contact with them was easier.

Evaluation of the changes in the quality of life of the patients that have undergone surgery has been structured in such a way to detail the research procedure, treatment of the data and discussion of the results. Thus, an attempt has been made to characterize the extent of the benefits obtained in the surgeries, at the individual, familiar and social level.

Basically, in the group of patients surveyed, 70% have been identified as males, 70% as married, 65% older than 50 years, 76% associated to the social security system, 70% with primary level schooling and thus a low family income (1.6 minimum wages per capita). At the individual level, 65% have been carriers of chronic coronary insufficiency, while the overall majority of the patients—16 of them—reported feeling good and safe with the treatment. In spite of that, 65% retired as individuals formally disable for work, and started to work in the informal sector of the economy, while the others returned to their former activities. Accordingly, 60% continue to contribute directly to the family budget. Therefore, the survey has detected satisfactory family and social relations, on account of the overall healthful condition, fitness for leisure, recovery of sexual activities and capacity to work.

REFERÊNCIAS

1. Sosa E, Barbero-Marcial M, Scalabrini A e col—Tratamento cirúrgico da taquicardia ventricular recorrente. Avaliação tardia clínica eletrofisiológica e angiográfica. Arq Bras Cardiol, 41: 241, 1983.
2. Sosa E, Barbero Marcial M, Pileggi F e col—Taquicardia ventricular. Tratamento cirúrgico dirigido, experiência inicial. Arq Bras Cardiol, 38: 449, 1982.
3. Sosa E—Eletrograma do feixe de His (Estudo eletrofisiológico) —Atualização Cardiológica: 1, outubro de 1981.
4. Mills N—A Imaginação Sociológica. 4 ed, Rio de Janeiro, Zahar, 1975.
5. Singer P—A economia urbana de um ponto de vista estrutural. In: Faria V, Guaracy A (ed)—Bahia de Todos os Pobres. Petrópolis, Vozes, 1980.